Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1371

Vragen van het lid **Bruins Slot** (CDA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars voor juiste informatievoorziening via vergelijkingssites* (ingezonden 19 januari 2015).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 26 februari 2015). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014–2015, nr. 1238

Vraag 1
Wat is uw oordeel over de conclusie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dat er op dit moment op een aantal vergelijkingssites nog informatie te vinden is die consumenten op het verkeerde been kan zetten? Kunt u hierbij specifiek ingaan op de opmerking van de NZa dat de interpretatie vaak niet transparant is, en in sommige gevallen zelfs onjuist is, en de opmerking dat met name in de vrije zorgkeuzen en in de uitleg van de restitutiepolis fouten worden gemaakt?[1]

Antwoord 1
Zoals ik eerder heb aangegeven in mijn beleidsreactie op de onderzoeken van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Autoriteit Financiële Markten (AFM) en Autoriteit Consument en Markt (ACM) over vergelijkingssites[2], acht ik het onwenselijk dat consumenten door informatie op vergelijkingssites op het verkeerde been worden gezet. Zorgverzekeraars moeten niet alleen zorg dragen voor een juiste informatieverstrekking aan vergelijkingssites, maar ook achteraf nagaan of de daarop vermelde informatie over hun polissen juist is verwerkt. Zij moeten dus ook controleren of de interpretatie van algemene termen zoals restitutie- en combinatiepolis, vrije keuze en selectieve inkoop door de vergelijkingssite juist is. Hierin schieten zorgverzekeraars nu nog te kort.
Om de informatievoorziening voor consumenten te verbeteren, heb ik in eerdergenoemde beleidsreactie en in mijn brief «Kwaliteit loont»[3] toegezegd dat ik de NZa zal verzoeken nadere regels op te stellen ten aanzien van de controle door zorgverzekeraars van de informatie op vergelijkingssites. In het

[1] Nederlandse Zorgautoriteit, «Onderzoeksrapport vergelijkingssites, onderzoek naar informatieverstrekking door ziektekostenverzekeraars aan vergelijkingssites»
[2] Brief van 12 februari 2015, Kamerstuk 29 689, nr. 586.
[3] Brief van 6 februari 2015, Kamerstuk 31 765, nr. 116

ah-tk-20142015-1371
ISSN 0921 - 7398
’s-Gravenhage 2015

jaar van de transparantie verwacht ik dat zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid ten aanzien van informatieverstrekking steviger oppakken.

Vraag 2 en 3
Op welke vergelijkingssites, en voor welke polissen, heeft er tot 31 december 2014 foutieve informatie gestaan?
Welke vergelijkingssites hebben volgens het onderzoek van de NZa geen transparante interpretaties gegeven, en wanneer hebben zij deze informatie gecorrigeerd? Welke vergelijkingssites hebben volgens het onderzoek van de NZa onjuiste informatie gegeven?

Antwoord 2 en 3
Het onderzoek van de NZa richt zich op de rol van de zorgverzekeraars ten aanzien van informatieverstrekking aan consumenten. De NZa houdt geen toezicht op vergelijkingssites voor zorgverzekeringen. Om die reden worden in het onderzoek geen vergelijkingssites bij naam genoemd.

Vraag 4
Ziet u ook het risico dat door verkeerde informatieverstrekking verzekerden nu ten onrechte kunnen denken dat zij een polis met volledig vrije zorgkeuze hebben afgesloten, waardoor ze mogelijk tegen onverwachte zorgkosten oplopen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 4
Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor onvolledigheden of onjuistheden op vergelijkingssites die namens hen informatie verstrekken, ook als het gaat om de interpretatie van algemene termen. Zoals ik heb aangegeven in mijn antwoord op vraag 1 moeten zorgverzekeraars controleren of de interpretatie van die algemene termen door de vergelijkingssite juist is. Als zij dit niet doen, dan lopen zorgverzekeraars het risico dat de NZa hen hierop aanspreekt. Ook bestaat het risico dat consumenten op grond van onvolledige of onjuiste informatie hun keuze voor een zorgverzekering bepalen. Daarom heb ik eerder aangegeven dat ik de Nza zal verzoeken nadere regels op te stellen om zorgverzekeraars te bewegen de informatie op vergelijkingssites beter te controleren.

Vraag 5
Hoeveel mensen hebben dan op foutieve gronden een zorgverzekering afgesloten?

Antwoord 5
Ik ben hiermee niet bekend.

Vraag 6 en 7
Indien uw antwoord op vraag 4 en 5 bevestigend is, wie is er dan verantwoordelijk voor de geleden schade?
Kunnen verzekerden die een polis hebben afgesloten op basis van verkeerde en/of misleidende informatie alsnog van polis veranderen? Zo nee, wilt u dit dan mogelijk maken?

Antwoord 6 en 7
In mijn brief van 28 januari 2015[4] heb ik Uw Kamer reeds geïnformeerd over de wettelijke bedenktermijn van 14 dagen die consumenten hebben als zij een polis hebben afgesloten.
Als een consument op basis van onjuiste informatie via een vergelijkingssite een polis heeft afgesloten en de wettelijke bedenktermijn is verstreken, dan bestaat wellicht bij de zorgverzekeraar waarmee een contract is gesloten toch nog vóór 1 februari van elk jaar de mogelijkheid om de polis te wijzigen. De mogelijkheden hiertoe verschillen per zorgverzekeraar. Als onderling geen oplossing wordt gevonden en een klacht bij de zorgverzekeraar niet tot het gewenste resultaat leidt, dan kan een klacht worden ingediend bij Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Ook staat de gang naar de rechter open.

[4] Kamerstuk 29 689, nr. 579.

Vraag 8
Wat is uw oordeel over de conclusie van de NZa dat verzekeraars meer zouden moeten bijdragen aan verbetering van de informatie? Kunt u hierbij specifiek ingaan op de opmerking dat verzekeraars nog geen verantwoordelijkheid voor zichzelf zien om de vergelijkingssites aan te spreken?

Antwoord 8
Zie mijn antwoord op vraag 1.

Vraag 9
Welke verzekeraars zouden volgens het onderzoek van de NZa meer moeten bijdragen aan verbetering van de informatie op vergelijkingssites?

Antwoord 9
De NZa heeft mij laten weten dat de conclusie van het onderzoeksrapport geldt voor alle zorgverzekeraars.

Vraag 10
Welke sancties kan de NZa opleggen aan zorgverzekeraars die niet voldoen aan de Beleidsregel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014?[5]

Antwoord 10
Als een zorgverzekeraar niet voldoet aan de Beleidsregel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten, dan is dit een overtreding van artikel 40 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). In dat geval kan de NZa een aanwijzing geven op grond van artikel 76 Wmg. Houdt de verzekeraar zich niet binnen de gestelde termijn aan de aanwijzing, dan kan de NZa een last onder bestuursdwang opleggen. Zij kan ook openbaar maken dat de verzekeraar in strijd handelt met artikel 40 Wmg en dat aan de verzekeraar een aanwijzing is gegeven dan wel een last onder dwangsom is opgelegd. Tot slot kan de NZa ook de verzekeraar een boete opleggen conform artikel 85 Wmg.

Vraag 11, 12, 13 en 14
Deelt u de mening dat het van belang is dat ook zorgverleners makkelijk te weten kunnen komen welke polis een patiënt heeft, zodat ook de zorgverlener de patiënt kan informeren over het al dan niet vergoeden van zorg?
Klopt het dat de Unieke Zorgverzekeraarsidentificatie (UZOVI) die zorgverleners moeten gebruiken bij het indienen van declaraties geen onderscheid maakt tussen soorten polissen?
Betekent dit dat ziekenhuizen en andere zorgverleners niet in hun systeem kunnen nagaan of zorg wel of niet gecontracteerd is?
Indien het antwoord op vraag 12 bevestigend is, bent u dan bereid in overleg met zorgverzekeraars te gaan om in de UZOVI-nummers duidelijk te maken wat voor polis de verzekerde heeft, zodat ook de zorgverlener de patiënt kan informeren?

Antwoord 11, 12, 13 en 14
Verzekerden, zorgverzekeraars en zorgverleners hebben ieder hun eigen verantwoordelijkheid als het gaat om het inwinnen en verstrekken van informatie over vergoeding van zorg.
De verzekerde moet zich voordat hij een bepaalde polis afsluit, goed informeren over de inhoud van de polis en welke gevolgen dit voor hem kan hebben. De verzekeraar heeft de plicht om een verzekerde te informeren over het gecontracteerde aanbod en de gevolgen voor het eigen risico voorafgaand aan een behandeling. Zorgverleners moeten zich er op hun beurt ook voor inspannen om hun patiënten te informeren, omdat als zij niet zijn gecontracteerd de patiënt de kosten aan hen moet betalen. Als zij de patiënt hierover niet informeren, lopen zij een debiteurenrisico.
Om het voor zorgverleners gemakkelijker te maken hun patiënten direct te informeren over de vergoeding van de te leveren zorg, heb ik eerder in mijn

[5] Beleidsregel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014 (TH/BR-015)

brief van 17 december 2014[6] aangegeven dat de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) de mogelijkheid bekijkt om bij afsprakenbureau's in ziekenhuizen een systeem te implementeren waarmee het ziekenhuis bij het inplannen van een afspraak op basis van de polis van de verzekerde kan zien of er sprake is van een contract. Betrokken partijen hebben mij laten weten bezig te zijn met een technische oplossing, waarin het UZOVI-nummer een rol speelt.

Vraag 15
Waarom heeft u er voor gekozen om dit rapport pas begin januari naar de Kamer te sturen, terwijl het rapport van 18 november 2014 is, en u heeft toegezegd dit zo spoedig mogelijk naar de Kamer te sturen?[7] Aangezien er ook nog geen beleidsreactie bij het rapport is gevoegd, wat is dan de reden dat u pas na de overstapperiode het rapport naar de Kamer heeft gestuurd?

Antwoord 15
Het leek mij goed om met mijn beleidsreactie te voldoen aan mijn toezegging tijdens de begrotingsbehandeling in Uw Kamer om samen met het Ministerie van Financiën te kijken of er maatregelen mogelijk c.q. nodig zijn met betrekking tot vergelijkingssites. Ook wilde ik hierin mijn standpunt weergeven ten aanzien van een provisieverbod voor bemiddeling in zorgverzekeringen. Hiervoor heb ik besloten in overleg te treden met de ACM, AFM, NZa en het Ministerie van Financiën. Het overleg met partijen en de afstemming die daaruit voortvloeide, heeft langer geduurd dan ik van tevoren had voorzien. Om die reden heb ik de rapporten niet direct voorzien van een beleidsreactie.

Vraag 16
Kunt u deze vragen binnen een week beantwoorden, aangezien aanmelden bij een nieuwe zorgverzekeraar nog mogelijk is tot het eind van januari, en klanten mogelijk geïnformeerd moeten worden over het feit dat zij misleid zijn?

Antwoord 16
Het is tot mijn spijt niet gelukt om Uw vragen binnen een week te beantwoorden.

[6] Kamerstuk 29 689, nr. 562.
[7] Schriftelijke antwoorden op vragen gesteld tijdens de eerste termijn van de begrotingsbehandeling Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2015, 20 november 2014 (2014D42743)